

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES
УВЕДОМЛЕНИЕ О ПЛАНИРУЕМОМ ДЕЙСТВИИ
ОТВЕТ НА ВАШ ЗАПРОС О РЕГИСТРАЦИИ
В ИСКЛЮЧИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ HCBS
PLANNED ACTION NOTICE
RESPONSE TO YOUR REQUEST FOR HCBS WAIVER ENROLLMENT

КОМУ:

Представитель

ОТВЕТ НА ВАШ ЗАПРОС О РЕГИСТРАЦИИ В ИСКЛЮЧИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ

Ваш запрос о регистрации в исключительной программе _____ в качестве участника был внесен в базу данных штата по исключительным программам услуг на дому и районного обслуживания (Home and Community Based Services, HCBS) отдела DDD.

- Внесение Вашего имени в базу данных штата не гарантирует доступа или получения услуг исключительной программы.

В настоящее время Ваш запрос о регистрации в исключительной программе HCBS отдела DDD отклонен.

- Отдел DDD будет зачислять новых людей в исключительную программу при наличии в ней свободных мест и достаточного финансирования для новых участников.
- Когда будут выполнены оба условия – наличие финансирования и свободных мест для регистрации новых участников в исключительной программе – Ваша очередь в соответствии с базой данных будет учтена.

ИНФОРМАЦИЯ ИЗ БАЗЫ ДАННЫХ ПО ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫМ ПРОГРАММАМ

Вы нуждаетесь в обслуживании на уровне учреждения промежуточного ухода для лиц с задержкой умственного развития (Intermediate Care Facility Services for the Mentally Retarded, ICF/MR) (WAC 388-845-0070 – WAC 388-845-0090) и соответствуете критериям следующих приоритетных групп населения (WAC 388-845-0045).

1. Первый приоритет будет отдан участникам исключительных программ, которые по результатам оценки нуждаются в переводе в другую исключительную программу, поскольку их возросшие потребности не могут быть удовлетворены в рамках текущей исключительной программы.
2. Отдел DDD также может рассматривать любую из следующих групп населения:
- а) Приоритетные группы населения, установленные и финансируемые законодательным органом штата.
 - б) Лица, которые по мнению отдела DDD подвержены непосредственному риску поступления в учреждение ICF/MR вследствие неудовлетворения их потребностей в области медицинского обслуживания и безопасности.
 - в) Лица, представляющие угрозу безопасности общества.
 - г) Лица, получающие в настоящее время услуги, финансируемые только из средств штата.
 - е) Лица, участвующие в исключительной программе HCBS, которая предоставляет услуги в объеме, превышающем их установленные потребности в области медицинского обслуживания и благополучия.
3. Только в отношении Базовой исключительной программы (Basic waiver) отдел DDD может рассматривать лиц, нуждающихся в исключительном обслуживании, предоставляемом в рамках Базовой исключительной программы, чтобы сохранить возможность их проживания вместе с семьей:
4. Не относится. Не отвечает ни каким приведенным выше критериям.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ИЗ БАЗЫ ДАННЫХ ПО ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫМ ПРОГРАММАМ

Данная информация из базы данных будет обновляться по крайней мере раз в двенадцать (12) месяцев следующим образом:

- а) Через десять (10) месяцев Вы получите письмо от отдела DDD, на которое Вы должны будете ответить до указанной даты, если желаете, чтобы Ваше имя осталось в этой базе данных.
- б) После получения Вашего ответа отдел DDD проверит Вашу информацию о регистрации на предмет Вашего соответствия условиям для зачисления согласно WAC 388-845-0050.
- в) В случае отсутствия Вашего ответа на это письмо, Ваше имя будет удалено из базы данных.

ПРАВА НА ОБЖАЛОВАНИЕ

Несмотря на то, что Вы не имеете права на обжалование отказа в Вашей регистрации в исключительной программе HCBS отдела DDD, Вы можете обжаловать результат назначения Вам соответствующего приоритета.

Если Вы считаете, что какие-либо изменившиеся обстоятельства могут повлиять на статус Вашего запроса, Вы можете в любое время обратиться к ведущему Ваше дело менеджеру отдела DDD.

Пожалуйста, звоните, если у Вас возникнут вопросы или сомнения.

ИМЯ МЕНЕДЖЕРА ПО ДЕЛУ

ДОЛЖНОСТЬ

НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД РАЙОНА)

АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ

Копии: В дело клиента



**УВЕДОМЛЕНИЕ О
ЗАПЛАНИРОВАННОМ ДЕЙСТВИИ
РЕГИСТРАЦИЯ В ИСКЛЮЧИТЕЛЬНОЙ
ПРОГРАММЕ HCBS
ХОДАТАЙСТВО О ПРОВЕДЕНИИ
СЛУШАНИЯ**

В соответствии с главой 388-02 правил
проведения слушаний DSHS.

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

**ПОЧТОВЫЙ
АДРЕС:**

OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

ФАКС:

360-586-6563

Я ходатайствую о проведении слушания в связи с тем, что я не согласен со следующим решением Отдела помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие порока развития (Division of Developmental Disabilities, DDD) относительно приоритета:

ВАШЕ ИМЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

ДАТА РОЖДЕНИЯ

АДРЕС ЛИЦА, ХОДАТАЙСТВУЮЩЕГО О ПРОВЕДЕНИИ СЛУШАНИЯ

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА

ГОРОД

ШТАТ

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД РАЙОНА)

АВТООТВЕТЧИК

Я получил уведомление о решении: _____ от: _____
ДАТА НАЗВАНИЕ И МЕСТОПОЛОЖЕНИЕ ОФИСА DSHS

Я желаю получать постоянную помощь, если я имею на нее право: Да Нет Программа: _____

Меня представляет (если вы намерены представлять себя сами, не заполняйте следующие две строки):

ИМЯ ВАШЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ОРГАНИЗАЦИЯ

НОМЕР ТЕЛЕФОНА

АДРЕС УЛИЦА

ГОРОД

ШТАТ

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

Я разрешаю раскрывать моему представителю информацию, связанную с моим слушанием.

ВАША ПОДПИСЬ

ДАТА

Требуются ли вам услуги переводчика либо другая помощь или приспособление при проведении слушания? Да Нет

Если да, укажите язык или необходимую помощь? _____

Судьи по административным делам (Administrative Law Judge, ALJ) могут проводить некоторые слушания по телефону. Если вы предпочитаете личное слушание, следуйте указаниям, представленным в Уведомлении о слушании (Notice of Hearing), которое будет отправлено Вам Управлением административных слушаний (Office of Administrative Hearings, OAH).

INSTRUCTIONS

When is this form used?

This form is used to notify individuals that their name was documented on a statewide database for waiver enrollment in response to submission of a "HCBS Waiver Enrollment Request" form.

Who will be sending this notice?

Headquarters will be sending this notice to the client and their legal representative.